

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No 597

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gabriel LANCHOU

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Né le 25 Mai 1913, à Plouescat (Finistère)

L'ULCÈRE GÉANT
DE LA PETITE COURBURE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gabriel LANCHOU

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Né le 25 Mai 1913, à Plouescat (Finistère)

L'ULCÈRE GÉANT
DE LA PETITE COURBURE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEUL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène,

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LE LONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS

ET

A MA BELLE-SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Grand officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUTMANN

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé dans
notre travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE
RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

Professeur de Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Externat 1934-35

Internat 1935-36

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Directeur de l'École de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale
Directeur du Centre Anti-Cancéreux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Internat 1936-37

INTRODUCTION

La double notion de polymorphisme morphologique et fonctionnel de l'estomac est anciennement connue. Plusieurs hypothèses en sont nées qui prétendaient expliquer l'origine des lésions organiques de l'estomac, et en particulier de l'ulcère. Toutes se sont montrées insuffisantes et le problème demeure entier. A cette double notion nous croyons pouvoir en ajouter une troisième : celle du polymorphisme pathologique de l'estomac. Les nombreuses observations rassemblées à la consultation de gastroentérologie de la Salpêtrière nous ont montré, suivant leur localisation, de telles variations dans l'évolution des ulcères que nous croyons pouvoir conclure que tout se passe comme si, en réalité, il y avait plusieurs estomacs. Dans telle région nous voyons les ulcères dégénérer fréquemment, dans telle autre rarement, dans telle autre jamais. La fréquence relative de l'ulcère et du cancer est également variable. En somme il semble y avoir des terrains locaux favorables ou défavorables à l'éclosion de l'une ou l'autre maladie.

Dans ce travail, après avoir montré la réalité de ce polymorphisme histophysiologique de l'estomac, nous

nous attacherons à décrire un type bien individualisé d'ulcère ; l'ulcère géant bénin de la petite courbure, remarquable par sa bénignité tant immédiate que lointaine, ce qui l'oppose formellement aux ulcères des autres zones gastriques.

Nous étudierons successivement la configuration extérieure de l'estomac, puis sa configuration interne, macroscopique et microscopique.

LES DEUX ESTOMACS AU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE

L'estomac tel qu'il se présente aux yeux de l'anatomiste revêt une forme variable, mais on le trouve tout de même toujours composé de deux parties : une partie horizontale, inférieure qui est l'antrum, une partie verticale, supérieure, qui est le fundus.

Ces deux parties sont réunies tantôt par un angle très fermé, tantôt se continuent en une courbe très douce. De multiples comparaisons ont été proposées, mais tous les anatomistes se sont toujours accordés sur ce schéma de 2 portions gastriques.

L'étude de l'irrigation sanguine n'apporte pas de nouvel élément sensible de différenciation. Elle est assurée par les trois branches du tronc cœliaque : la coronaire stomachique, l'hépatique et la splénique, qui forment le cercle artériel épigastrique.

L'irrigation lymphatique est plus différenciée et, suivant le groupe ganglionnaire où les vaisseaux prennent leur origine, il faut distinguer dans l'estomac 3 territoires lymphatiques principaux :

1° Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère coronaire stomachique, comprend environ

les 2/3 internes de la portion verticale de l'estomac et un petit segment de la portion horizontale.

2^o Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère splénique est représenté par cette partie de la portion verticale de l'estomac qui se trouve en dehors du territoire de l'artère coronaire, depuis le sommet de la grosse tubérosité jusqu'à la partie moyenne de la grande courbure.

3^o Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère hépatique est constitué par tout le reste de la paroi gastrique. Ce dernier territoire se divise en 2 régions secondaires, l'une supérieure ou pylorique tributaire des ganglions placés sur le segment horizontal de l'artère hépatique et souvent aussi d'un ganglion rétro-duodéno-pancréatique placé en arrière du 1^{er} coude duodénal. L'autre inférieure ou gastro-épiploïque qui prolonge en bas et à droite le territoire splénique.

Les nerfs proviennent des pneumogastriques et du grand sympathique et sont groupés en 3 pédicules (LATARJET et WERTHEIMER).

1^o Le pédicule de la petite courbure formé par les rameaux gastriques des pneumogastriques anastomosés avec des filets sympathiques du plexus nerveux de la coronaire stomachique, les rameaux du pneumogastrique gauche vont à la partie antérieure de l'estomac ; ceux du pneumogastrique droit vont à la face postérieure ; ces rameaux restent indépendants et ont chacun un territoire distinct ;

2^o un pédicule duodénopylorique formé de quel-

ques filets récurrents du plexus hépatique ; ils innervent le pylore.

3^o un pédicule sous-pylorique ou gastro-épiploïque droit qui émane du plexus hépatique et accompagne l'artère gastro-épiploïque droite, le long de la grande courbure.

Ce n'est pas tout ce que l'examen macroscopique de l'estomac peut nous montrer. BRECKMANN, DELOYERS, JOHNSON, il y a quelques années, ont fait une excellente étude de l'organisation topographique de l'estomac, et pour cette étude, ils prennent comme point de départ l'aspect qu'offre cet organe à jeun, lorsqu'il vient d'être ouvert. Voici comment BRECKMANN le décrit :

« Lorsqu'on aura un estomac à jeun, on constate que les régions hautes du fundus, près du cardia, présentent une coloration de la muqueuse plus pâle que celle du fundus moyen. Il n'y a pas de délimitation brusque entre les deux régions. Pendant la digestion la coloration de la muqueuse de la poche à air tend à se confondre avec celle du fundus moyen, mais n'atteint jamais le degré de congestion de cette dernière.

« La muqueuse de la poche à air est plus mince que celle du fundus moyen. »

« Les plis de la muqueuse, qui se forment au moment où l'on ouvre l'estomac, sont fins et superficiels dans la partie haute et gros et profonds dans le fundus moyen. Cette différence tient sans doute à la faiblesse de la musculature de la région fundique-

haute. La vascularisation est plus pauvre dans la muqueuse de la poche à air qu'au niveau du fundus moyen et de l'antré. Ce fait est très évident au moment où l'on ouvre l'estomac, le long de la grande courbure du pylore jusqu'au cardia, et même histologiquement. L'antré présente également une teinte plus pâle que le fundus moyen, même pendant la digestion, et ce caractère permet de déterminer assez exactement son étendue en absence même d'un réactif spécial. » « L'antré a un système musculaire puissamment développé. C'est la région gastrique qui se contracte et se rétracte le plus lorsqu'on incise l'estomac à ce niveau.

De la vision imparfaite que donne cet examen sans préparation, on conclut aisément à une différence histologique et fonctionnelle et, pour mettre cette dernière mieux en évidence, Cl. BERNARD le premier eût l'idée d'injecter successivement dans les veines d'un lapin en période de digestion, une solution de lactate de fer et une solution de ferro-cyanure de K. Ces sels se combinent en milieu acide pour former le ferrocyanure ferrique ou bleu de Prusse. Dans le sang, milieu alcalin, cette réaction ne se fait pas. L'animal fut tué 3/4 d'heure après l'injection et l'autopsie montra une coloration bleue de la muqueuse gastrique, particulièrement de la petite courbure.

LÉPINE reprit cette expérience en 1872 et obtint les mêmes résultats que Cl. BERNARD.

Ces deux auteurs étudiaient le mécanisme de la

formation de l'HCl dans la muqueuse gastrique. Quand on cherche simplement la répartition topographique des glandes qui le produisent, il est plus simple de provoquer la réaction caractéristique directement sur la muqueuse. C'est ce procédé qu'a adopté BRECKMANN, sous l'inspiration de LERICHE, et voici la technique qu'il emploie.

Il se sert de bleu de Prusse qu'il décompose par de la potasse caustique et obtient ainsi du ferro-cyanure de Potassium et un précipité brun d'hydroxyde de fer. Le mélange vire au brun lorsqu'on y ajoute une base et donne du bleu de Prusse par adjonction d'acide. Cette méthode est très sensible.

On prend un chien en pleine digestion. Dès qu'on a ouvert l'estomac et qu'on l'a lavé avec de l'eau à 37°, on le badigeonne avec un tampon imbibé du mélange indiqué ci-dessus. « Quelles sont les colorations observées dans les différentes régions de l'estomac ? Chez le chien normal en pleine digestion, le fundus est bleu, particulièrement accusé de chaque côté de la petite courbure ; la poche à air est intermédiaire ou parsemée à quelques endroits de plages bleues et brunes ; le pourtour du cardia est brun ainsi, que très nettement circonscrite, la région de l'antrum. Cette topographie est d'une constance remarquable. » « Le fait le plus frappant dans ces résultats est la démarcation si nette entre la coloration bleu foncé du fundus et la coloration brune de la région antrale. A ce niveau, le bleu apparaît plus précocement et d'une façon constante et est parti-

culièrement foncé. Nous avons examiné cette région de transition histologiquement et constaté que la ligne de démarcation coïncide rigoureusement avec la limite histologique de la^e région fundique. »

La méthode utilisée ne permet pas d'affirmer que la sécrétion antrale soit alcaline ou neutre, parce que la réaction ne se fait qu'à un pH inférieur à 3,7. Mais les expériences de IVY et YUTAKA OYAMA, qui isolent l'antré du reste de l'estomac, le fistulisent, montrent qu'il s'en écoule un liquide visqueux, contenant du mucus qui possède une réaction alcaline ($pH = 7/7,5$) et qui est dépourvu de tout ferment digestif, y compris la pepsine. « Il ne saurait donc plus y avoir de doute que l'antré représente uniquement un secteur évacuateur qui ne prend pas directement part au travail digestif dans la cavité gastrique.

« L'injection intraveineuse de 1 milligramme d'histamine à un chien à jeun provoque instantanément une élaboration d'HCl sur toute la muqueuse fundique, la poche à air y comprise. L'antré ne participe jamais à cette élimination d'acide. »

Il semble donc démontré que le fundus seul élimine de l'HCl. Pour ce qui est de la pepsine, l'examen histologique comparatif avant et après un repas est indispensable. Voyons donc auparavant d'après les traités classiques de PRENANT, BOUIN, BEYLOT, BAUDRIMONT, quelle est l'histologie normale de la muqueuse gastrique et son organisation topographique.

LES DEUX ESTOMACS AU POINT DE VUE MICROSCOPIQUE

La paroi gastrique est constituée par les 4 tuniques superposées que l'on retrouve tout le long du tube digestif : muqueuse, celluleuse, musculeuse, séreuse. Seule la première présente une constitution variable suivant le point où on l'étudie. Les trois autres sont uniformes sur toute la surface de la paroi gastrique.

La muqueuse stomacale a une épaisseur variable : 0 mm. 5 au niveau de la grande courbure, 1 millimètre au niveau du cardia, et le double au niveau du pylore. Sur une coupe de la muqueuse gastrique perpendiculaire à la surface, on distingue 5 couches qui sont, en allant de la plus interne vers la plus externe :

- l'épithélium de revêtement ;
- la couche des infundibula ;
- la couche des glandes ;
- la couche lymphoïde ;
- la *muscularis mucosae*.

I. — *L'épithélium de surface* est un épithélium simple à cellules cylindriques ; nous verrons plus

loin que suivant l'organisation glandulaire cet épithélium est continu en certaines zones, discontinu en d'autres.

II. — *La couche des infundibula* est occupée par des dépressions beaucoup plus nombreuses, plus serrées dans la région du fond que dans celle du pylore où, au contraire, elles sont plus larges et plus profondes.

III. — Avec l'étude de l'organisation glandulaire nous allons voir proprement ce qui différencie les zones de l'estomac et peut peut-être expliquer les différences que nous avons rencontrées dans l'étude physiologique, voire pathologique.

Glandes fundiques : ce sont des glandes bulbeuses, longues et étroites, très serrées et se moulant l'une sur l'autre. L'épithélium sécréteur est fait au niveau du col :

- de cellules principales du col,
- de cellules bordantes.

Au niveau du corps :

- de cellules principales du corps.
- de cellules bordantes.

La lumière de ces glandes est très étroite.

Dans la poche à air les cellules bordantes sont moins nombreuses que dans le fundus.

Glandes pyloriques : ce sont des glandes en tubes réguliers, ramifiés et contournés, limitées par une vitrée. L'épithélium sécréteur est fait d'une seule sorte de cellules qui délimitent une lumière large et bien visible.

Glandes cardiales : glandes tubuleuses simples ou peu ramifiées.

Comment sont réparties dans l'estomac ces différentes glandes ? JOUVENEL en fit l'étude sur le corps de deux suppliciés ; DEBEYRE de même, en 1924, décrivit l'histologie et la topographie des glandes gastriques chez l'homme ; il donne les valeurs suivantes :

— Petite courbure : 8 centimètres dont 4,5 pour l'antré ;

— Grande courbure : l'antré s'arrête à 4 centimètres du pylore.

Cette étude, il est vrai, n'a pas la précision et la rigueur des chiffres donnés par BRECKMANN, qui fit ses recherches sur le chien, dont la muqueuse gastrique est très comparable à celle de l'homme ; l'expérimentation sur l'animal permet l'examen d'un plus grand nombre de pièces anatomiques et histologiques et en conséquence, l'établissement de moyennes, il trouve des chiffres très voisins de ceux que donna DEBEYRE. Dans toute l'antré, il n'y a que des glandes pyloriques. Dans tout le fundus il n'y a que des glandes fundiques, d'un type d'organisation un peu différent, nous l'avons vu, suivant qu'il s'agit du fundus moyen ou de la poche à air.

« En tout cas, il est certain, dit BRECKMANN, que la zone limite de l'élimination d'HCl coïncide rigoureusement avec la limite des cellules bordantes dans la muqueuse gastrique. C'est donc la cellule bordante qui physiologiquement et histologiquement délimite l'antré et le fundus au niveau de la

jonction de ces deux secteurs. Je ne peux pas confirmer les indications de KOKUBO qui signale la présence de cellules bordantes au niveau du sphincter pylorique. »

Au niveau de la zone de transition « la muqueuse gastrique présente histologiquement l'aspect d'une muqueuse fundique de type poche à air, avec des cellules bordantes et des cellules principales, mais où ces dernières ont la particularité de se trouver toujours sous l'aspect d'une cellule principale vide de ses grains de sécrétion, et cela même dans le cul-de-sac glandulaire, ce qui n'arrive jamais au niveau du fundus moyen ».

En dehors de toute période digestive on ne doit pas voir dans les cellules principales les grains de sécrétion que l'on y voit normalement quand l'estomac remplit sa fonction. BRECKMANN constate que « histologiquement on voit qu'au niveau de la poche à air la muqueuse fundique présente de larges zones où les cellules principales sont gorgées de grains de sécrétion (pepsine), alors que celles du fundus moyen en sont presque dépourvues, comme cela doit être à la fin d'une digestion gastrique, nos chiens ayant été sacrifiés 2 h. 1/2 après l'ingestion d'aliments. Il en ressort que la région de l'estomac qui en fait, pendant la digestion élabore la pepsine, comme l'HCl, est le fundus moyen, et que la poche à air tout en n'en faisant pas, ne manque pas des potentialités nécessaires. L'épreuve à l'histamine confirme cette manière de voir. En effet après injec-

tion intraveineuse de 1 milligramme d'histamine, on constate que dans toute la muqueuse fundique, poche à air y comprise, les cellules principales se vident de leurs grains de sécrétion. » Il est donc légitime de penser avec BRECKAMANN que « la poche à air est capable d'éliminer de l'HCl et probablement de la pepsine à la suite d'une très forte excitation. »

Il semble donc logique de conclure à la division de l'estomac en plusieurs zones distinctes qui sont :

1^o Poche à air ;

Fundus moyen ;

Zone de transition ;

constituant la portion verticale et sécrétant de l'HCl et de la pepsine.

2^o L'antre ou portion horizontale, à sécrétion alcaline.

3^o La zone cardiaque, sans sécrétion, mince collerette au-dessous du cardia.

Il faut noter que chez l'animal jeune une grande partie du fundus moyen n'élabore pas d'HCl et sans doute pas de pepsine. La zone active est réduite à deux plages situées de chaque côté de la petite courbure, au voisinage de l'antre. Une injection d'histamine détermine, comme chez l'adulte, une congestion intense et une élimination uniforme d'HCl dans toute l'étendue de la muqueuse fundique.

LES DEUX ESTOMACS AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE

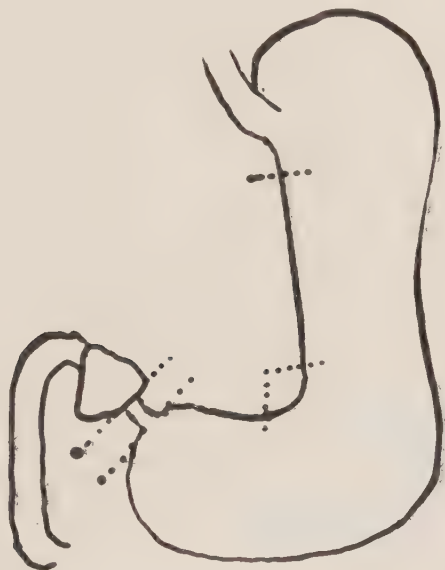
Ces quelques notions nous montrent qu'il existe bien dans l'estomac des zones très différenciées au point de vue morphologique et fonctionnel. Elles sont aujourd'hui classiques. Nous leur en ajoutons une troisième : celle de la différenciation pathologique. Cette différenciation joue peut-être pour diverses maladies de l'estomac. Nous ne nous occuperons ici que des affinités spéciales des diverses régions en ce qui concerne l'ulcère et le cancer. Nous étudierons plus spécialement la petite courbure, région d'élection pour l'une et l'autre maladie. De ce point de vue, on peut élaborer les divisions suivantes :

1^o La zone cardiaque et immédiatement sous-cardiaque, dont nous ne nous occuperons pas dans ce travail, où nous voyons assez souvent le cancer, rarement des ulcères, et où ces derniers peuvent dégénérer.

2^o La région verticale de la petite courbure, où l'ulcère est extrêmement fréquent, ne se transforme pratiquement pas et où le cancer primitif ulcérimorphe est lui-même très rare.

3^o La région de l'angle, où l'ulcère est fréquent, la transformation fréquente, le cancer primitif fréquent.

4^o La région horizontale, où le cancer est fréquent, l'ulcère plus rare, les transformations fréquentes;

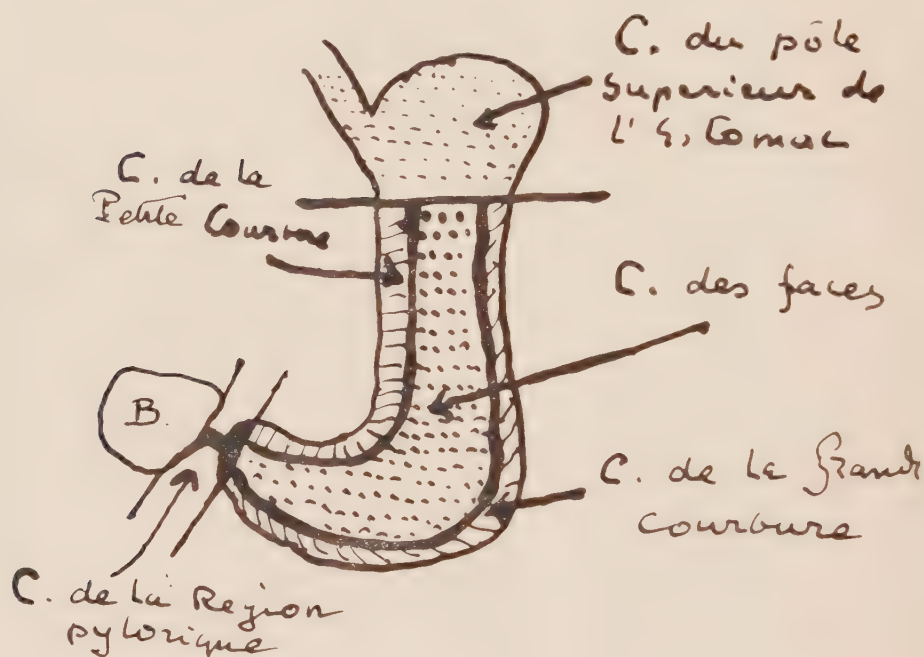


cette malignité englobant le pylore et s'arrêtant net au duodénum où de nouveau l'ulcère est très fréquent, la transformation et le cancer primitif pratiquement inconnus.

Sans entrer dans ces détails, on peut plus simplement diviser la petite courbure en deux secteurs :

1^o La portion verticale, qui commence un peu au-dessous de l'abouchement du cardia et qui s'ar-

rête au-dessus de l'angle de l'estomac. Dans cette région, les lésions sont *a priori* bénignes ; le problème clinique, radiologique et thérapeutique consiste donc à faire la preuve de leur malignité.



2^o La portion horizontale, englobant l'angle et se continuant jusqu'à l'abouchement du pylore. Ici au contraire, les lésions sont *a priori* malignes, et le problème clinique, radiologique et thérapeutique consiste cette fois à faire la preuve de leur bénignité.

On voit donc la pathologie venir confirmer les délimitations déjà tracées par l'anatomie et l'histo-

physiologie. Toutes ces considérations réunies nous font entrevoir l'influence que peuvent avoir les facteurs locaux de terrain dans l'aspect clinique, l'évolution et la thérapeutique des affections de l'estomac. La médecine a en général tendance à voir en cet organe un tout indivisible, et à donner aux affections qu'il présente une interprétation uniforme, alors qu'en réalité il se trouve en présence d'organes différenciés, et partant, en présence d'affections qui, portant le même nom, n'en ont pas moins un aspect clinique, une évolution, une thérapeutique propres.

L'ULCÈRE GÉANT DE LA PETITE COURBURE

De ces notions générales que nous venons d'exposer, nous apportons la preuve en étudiant un type d'ulcère très particulier, l'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure. Cette entité nosologique est intéressante à connaître parce que, à la suite des travaux qui lui ont été consacrés, elle passe pour une forme particulièrement grave. MATHIEU et MOUTIER ont été les premiers à faire, en 1919, à son sujet, une revue générale à laquelle ils donnent la conclusion suivante :

« L'étendue de la lésion, l'affaiblissement du malade, sinon même son état cachectique, encouragent peu à une intervention chirurgicale. Que pourrait donner en cas semblable une gastro-entérostomie, à bouche largement béante, qui drainerait l'estomac d'une façon parfaite et continue ? Il est difficile de le dire. D'une excision totale il ne peut être question, bien que dans ces derniers temps l'audace des chirurgiens n'ait pas reculé devant un ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas ; toutefois ce n'était pas encore à des ulcérations géantes que s'attaquait l'opérateur. » Pour ces auteurs, on le voit, il s'agit

d'une affection très grave, dont on n'a pas de traitement efficace, mais dont l'avenir est tourné vers la chirurgie. En 1921, les Américains CARMAN et Mac CARTHY diffusèrent l'axiome d'après lequel « tout ulcère de plus de 3 centimètres est certainement malin », axiome dont l'application à la forme que nous étudions se déduisait logiquement. Cet axiome prit la valeur d'un dogme, et c'est sur ce dogme que vécurent les médecins, et de lui qu'ils tirèrent logiquement la thérapeutique de l'ulcère géant de la petite courbure car, « l'audace des chirurgiens » dont parlaient MATHIEU et MOUTIER s'étant accrue, il n'y eût plus bientôt, selon la formule de PECCO et FERREIRA, en 1935, qu'« un seul traitement : la résection », et nous verrons plus loin que cette tendance n'est pas morte.

Cette façon d'envisager la question a pour inconvénient de la simplifier à outrance. Elle ne tient pas compte de l'influence du terrain local dont nous parlions au début de ce travail. Vrai le plus souvent pour la portion horizontale, où un ulcère géant a toutes les chances d'être malin, l'axiome de CARMAN et Mac CARTHY est faux pour la portion verticale où un ulcère géant a, *a priori*, toutes les chances d'être bénin.

Le nœud du problème réside donc dans la localisation de la niche. Elle siège sur la portion verticale de la petite courbure gastrique, telle que nous l'avons définie et limitée plus haut. Le diagnostic est donc plutôt radiologique que clinique, et il faut bien reconnaître en effet que l'histoire clinique des malades

ne présente pas la belle unicité que nous montrent leurs examens radiologiques. Quelle que soit la forme clinique envisagée, les radiographies montrent toujours sur la portion verticale de la petite courbure gastrique une niche dont la taille varie entre celle d'une noix et celle d'une mandarine ; ses contours sont parfois irréguliers ; elle est souvent entourée, sur les portions sus et sous-jacentes de la petite courbure, d'images raides et, sur les faces, de plages claires ; en face de cette niche, la grande courbure peut présenter des déformations dont la véritable nature peut, elle aussi, prêter à des erreurs d'interprétation.

On conçoit qu'un tel aspect radiologique puisse impressionner, d'autant plus que toutes les formes cliniques que revêt l'ulcère géant, à part la forme atténuée qui est la plus rare, prennent un aspect assez grave et affectent profondément l'état des sujets qui en sont atteints.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Ces niches ulcéreuses géantes peuvent présenter tous les caractères que l'on a décrits comme tests de malignité.

Et tout d'abord leur taille. Nous venons de voir la mauvaise réputation dont jouissaient et jouissent encore ces lésions pour ce simple fait. Par quelques observations, nous montrerons des niches de plusieurs centimètres de diamètre, bénignes, guéries, auxquelles nous opposerons une niche toute petite, mais située sur la portion horizontale ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un cancer, et la nature de la lésion fut vérifiée histologiquement.

L'augmentation rapide d'une niche, signe pathognomonique de malignité, constitue une assertion qui fut longtemps considérée comme vraie. Or, dans une des observations que nous citons, nous avons pu avoir la preuve, pour ainsi dire expérimentale, qu'il n'en est rien. En effet, un malade se présenta à nous porteur de radios faites 15 jours plus tôt et sur lesquelles on voyait une niche de la grosseur d'une noisette ; sur les clichés que nous lui fîmes faire le lendemain, donc 16 jours après les premiers, la niche

avait la taille d'une mandarine ; tout disparut en quelques semaines par traitement médical.

Au point de vue de sa forme, la niche peut réaliser des aspects qui aussi ont été décrits comme cancéreux ; ce n'est pas la règle, mais cependant le signe du ménisque peut être simulé par un bourrelet d'œdème péri-ulcéreux, et dans un des cas que nous décrivons se trouve réalisé d'une façon typique le cancer en assiette décrit par les Allemands et donné par eux, comme le ménisque par CARMAN, pour un signe certain de cancer. Ces deux types radiologiques n'ont donc certainement pas la valeur diagnostique que leur ont attribuée leurs auteurs.

Il en va de même des irrégularités des faces et des contours de la niche, dont l'importance au point de vue du diagnostic n'est que relative ; de telles images peuvent être réalisées par des adhérences de péri-gastrite ou par une inflammation banale. Il faut toutefois voir un signe de malignité primitive ou de dégénérescence en ces irrégularités lorsqu'elles apparaissent ou lorsqu'elles augmentent au cours du traitement ; une lésion bénigne traitée, si elle peut à la rigueur demeurer sans changement, ne doit jamais augmenter.

L'examen des clichés doit porter non seulement sur la lésion, mais aussi sur les alentours, en aval, en amont, tant sur la petite courbure que sur les faces de l'estomac.

Lorsqu'une lésion ulcéreuse dégénère, c'est en aval de l'image pathologique, donc du côté du pylore,

qu'elle commence sa transformation. Bien que dans la portion verticale de la petite courbure la dégénérescence n'existe pratiquement pas, une inflammation des lésions bénignes que l'on y rencontre peut la simuler. Cette inflammation produit autour de l'ulcère un gonflement œdémateux qui se traduit tant sur la petite courbure que sur les faces par des images très diverses. On peut ainsi voir l' « *ulcus wall* », donné comme un signe d'ulcère calleux et représenté par les bords du cratère ulcéreux, et toute une suite d'images qui tendent à l'aspect encastré ou à l'aspect lacunaire, suivant qu'elles sont régulières ou irrégulières.

Sur les faces gastriques aux alentours de la niche les plis peuvent être modifiés semblablement par une infiltration néoplasique ou par de l'œdème ; ils peuvent être épaissis, irréguliers, s'effacer par places, être orientés en tous sens, s'arrêter autour de la niche ; enfin, ils peuvent présenter de petites infiltrations arrondies œdémateuses qui simulent la lacune.

En face de la lésion, une biloculation a un sens tout à fait rassurant, car elle indique à coup sûr qu'il s'agit d'un ulcère, éliminant le diagnostic de cancer primitif ulcériforme.

Il est important de préciser encore une fois que toutes ces considérations ne valent que pour une niche située sur la portion verticale de la petite courbure. Sur la portion horizontale ou sur les faces, ces signes prennent une tout autre signification dans le sens de l'aggravation le plus souvent. Pour ce qui est

de la biloculation, par exemple, nous avons vu le cas d'un malade qui présentait une niche de la portion horizontale de la petite courbure avec en face une biloculation ; sur la foi de ce signe, la lésion fût jugée bénigne et le malade traité médicalement ; il s'agissait en réalité d'un cancer primitif, comme le montra l'évolution ultérieure.

ÉTUDE CLINIQUE

L'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure de l'estomac — MATHIEU et MOUTIER l'avaient déjà noté — frappe surtout des gens âgés : 70 ans parfois, ayant en tout cas généralement dépassé la cinquantaine. Il s'agit plus souvent d'hommes que de femmes.

Cet ulcère peut soit se greffer sur un vieil ulcus sous forme d'une nouvelle poussée assez facilement curable, soit réaliser une première poussée plus rebelle au traitement et de diagnostic plus difficile, car dans ce cas l'histoire manque. En général, cette première poussée est analogue aux autres en intensité et en durée, mais assez souvent tout de même elle réalise une allure beaucoup plus dramatique. Les malades se plaignent d'abord de souffrir, et de souffrir beaucoup ; leurs douleurs sont vives, aiguës, elles ont parfois des irradiations thoraciques ou dorsales ; elles surviennent plusieurs heures après les repas, les réveillent chaque nuit. On est en présence d'un homme fatigué qui a mauvaise mine, qui a maigri parfois d'une façon extrêmement rapide et inquiétante. MOUTIER cite le cas d'un malade qui a maigri

de 11 kilos en 6 semaines. Le malade explique son amaigrissement par une anorexie qui peut être totale, mais qui assez souvent est élective pour les viandes, et par ses vomissements alimentaires fréquents. Ces ulcères sont très hémorragiques ; dans plusieurs des observations que nous citons, on trouve des mélæna ; une fois même ce fut le premier signe de l'affection. L'examen chimique du suc gastrique n'a pas d'importance, car une seule fois dans nos cas nous trouvons de l'achlorhydrie ; ce signe est trop peu fréquemment rencontré pour être retenu, et d'ailleurs, quand il existe, il fait pencher le diagnostic encore un peu plus vers le cancer.

Douleurs gastriques, mélæna, amaigrissement : le tableau le plus typique du néoplasme de l'estomac n'est pas composé autrement. Aussi conçoit-on fort bien que, devant un tel ensemble de signes, auquel vient s'ajouter la radiologie, la première impression du médecin puisse être défavorable, et cependant il s'agit là d'une des formes les plus sensibles à un traitement médical actif ; en quelques semaines, les douleurs cessent, l'appétit revient ; on voit à chaque nouvel examen radiologique la niche diminuer, puis disparaître.

Ce tableau n'est pas toujours semblable à lui-même ; il revêt des modalités cliniques assez diverses. Le plus souvent, on est en présence d'une *forme subaiguë pseudo-maligne*. Dans ce cas, aucun signe particulier ne domine la scène et ne pose de problèmes

spéciaux ; tous les symptômes sont à peu près d'intensité moyenne.

OBSERVATION I

Cet homme se présente à la consultation à la Salpêtrière le 7 mai 1938.

Dans ses antécédents, on relève une jaunisse, il y a 3 ans. En ce moment, il déclare souffrir de douleurs gastriques survenant par crises dont les premières se sont manifestées à l'âge de 16 ans. Ces crises douloureuses se présentent de la façon suivante : elles durent 2 ou 3 mois, sont séparées par des intervalles de 2 à 3 ans et sont caractérisées par des douleurs tardives. Actuellement, il souffre depuis 3 semaines, manque totalement d'appétit depuis cette époque, comme d'ailleurs pendant chaque crise.

Le 2 juin 1938 : examen radiologique, lequel montre une niche de la grosseur environ d'une mandarine et située au tiers inférieur de la portion verticale de la petite courbure. On met le malade à la soluprotine. Il va très bien. Son appétit redevient tout à fait normal et il ne se plaint plus que de douleurs dans le bas-ventre.

Le 5 juillet 1938, un nouvel examen radiologique montre une diminution considérable de la niche. On continue le traitement à la soluprotine pendant les vacances.

Le 7 novembre 1938, il revient à la consultation. Il va très bien. On fait une nouvelle radio qui accuse plus nettement encore la diminution de la niche, laquelle n'existe plus que sous la forme d'une petite pointe.

En somme, 8 jours après le début du traitement médical, le 27 juin 1938, le malade a été bien jusqu'en novembre.

Revenu à la consultation le 24 janvier 1939, il déclare n'avoir plus depuis deux mois de fortes douleurs mais des lourdeurs tardives ainsi que des régurgitations acides. Il a

maigri de 3 kilos, mais il faut noter qu'il a été fatigué par des injections mêlées de Laristine et de A 313. (Radiographies 1 et 2.)

OBSERVATION II

Ancienne histoire ulcéreuse. Poussée nouvelle. Niche monstrueuse. Amaigrissement rapide. Hématémèse. Guérison spontanée.

Mlle G..., 43 ans, a souffert en 1934 de troubles dyspeptiques dont le détail est difficile à préciser et qui se sont terminés par une hématémèse abondante. Ensuite, la malade a été très bien pendant un an.

En juillet 1935, poussée caractérisée par des pesanteurs tardives, durant un mois, guérie spontanément. La malade va tout à fait bien jusqu'en novembre 1936.

A cette époque, apparaissent des douleurs quotidiennes, localisées, principalement sous l'hypocondre gauche, douleurs à peu près permanentes, mais exacerbées pendant l'heure qui suit les repas. La malade maigrit de 5 kilogrammes pendant ce mois. L'appétit est conservé.

Mlle G..., vient consulter le 6 janvier 1937. L'examen permet de constater une résistance musculaire et, semble-t-il, une induration profonde sous-costale gauches.

Chimisme (histamine) : H. : 1,82 ; A. : 2,55. Bordet-Wassermann négatif.

Radiographies, 23 janvier 1937 : énorme niche, irrégulière, avec large aspect lacunaire sur la surface gastrique avoisinante.

Le 25 janvier, brusquement, hématémèse extrêmement abondante, suivie de mélèna ; anémie profonde. Gl. R. : 1.500.000 ; hémoglobine : 65 % ; formule normale. Transfusion : 250 centimètres cubes le 1^{er} février, 300 centimètres cubes le 8 février. Amélioration progressive de l'état général.

7 février : Gl. R., 1.950.000 ; 27 février : 2.500.000. La malade recommence progressivement à s'alimenter. Repos ; traitement général. L'hypocondre gauche est redevenu souple.

Nouvelles radiographies, le 27 février 1937 (c'est-à-dire un mois après les premières) : disparition presque complète de la niche, dont on devine encore les contours sur la face gastrique (une petite noisette au lieu d'une grosse mandarine).

La malade, revue depuis, va tout à fait bien ; aucun trouble digestif.

OBSERVATION III

M. B..., 40 ans, se présente à la consultation à la Sapètrière le 12 octobre 1937 parce qu'il souffre de l'estomac depuis le mois de juin.

Dans ses antécédents, nous relevons en 1914 et 1924 des crises de rhumatisme articulaire aigu, mais actuellement il ne souffre pas des articulations et n'a pas de fièvre. Il lui en est resté comme séquelles à la base du cœur un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

Les douleurs dont il se plaint actuellement ont un siège épigastrique, mais elles irradiant dans le thorax. Elles « voyagent vers le ventre et le dos ». Elles se reproduisent tous les jours, vers 5 heures 1/2, et le réveillent la nuit, vers 2 heures du matin, accompagnées d'acidité et de régurgitations aqueuses. Elles sont calmées par les repas et spécialement par le lait. Le malade n'a jamais vomi, n'est pas constipé, mais il a maigri de 3 kilos en quatre mois, amaigrissement qui d'ailleurs peut s'expliquer par le régime sévère auquel il s'est astreint. L'examen clinique est négatif.

Quelques jours après cette première consultation, le malade présente pendant une huitaine de jours un mé-

læna avec selles noires comme du goudron. Il s'alite pendant 15 jours. L'hémorragie cesse (17 janvier 1938). Les mêmes douleurs épigastriques continuant, cet homme revient à la consultation. Fait nouveau : son appétit a diminué.

On lui fait alors un examen radiologique qui montre de façon à peu près certaine l'existence d'une niche encastrée de la petite courbure. Après avoir hésité, en raison de l'état de son cœur, on le soumet à un traitement médical : injections intradermiques d'histamine et potion blanche, ceci du 5 au 18 février. Ce traitement ne fait cesser les douleurs que momentanément, car le malade se présente de nouveau à nous le 4 mars 1938, déclarant souffrir de nouveau, mais cette fois dans la région du cœur et dans le dos. Ces douleurs seraient calmées par les aliments.

Un examen radiologique pratiqué ce même jour montre une niche très diminuée de volume, ayant environ 1 centimètre de diamètre. On continue le traitement. A partir de ce moment, peu à peu les signes fonctionnels disparaissent définitivement.

A plusieurs examens successifs, en mars-avril, on voit la niche diminuer progressivement pour disparaître tout à fait au mois de mai.

Le 20 juin 1938, cet homme n'a plus que de petits « picotements » dans l'épaule et de temps en temps. Il mange bien. Son état est en somme redevenu normal. (Radiographies 3 et 4.)

OBSERVATION IV

Mme G..., 71 ans, a eu depuis plusieurs années quelques vagues petits troubles digestifs, auxquels elle n'a jamais attaché d'importance.

En décembre 1938, elle fut prise d'un vomissement noirâtre, après avoir mangé du canard, puis aurait eu, pen-

dant les quelques jours suivants, des matières noirâtres.

Le lendemain de ce vomissement, Mme G..., fut atteinte alors de violentes douleurs épigastriques, si vives qu'elles obligeaient la malade à se courber en deux. Ces douleurs se répétèrent durant 15 jours ou 3 semaines, sans horaire bien fixe, environ une demi-heure après le repas. Elles étaient accompagnées d'aigreurs et réveillaient la malade la nuit.

Celle-ci s'était d'ailleurs alitée et mise à un régime composé de lait et de purées.

A un examen radiologique pratiqué à la fin de cette première poussée douloureuse, nous découvrons une énorme niche de la petite courbure avec biloculation et liquide de stase.

Cette niche nous semble de caractère bénin. Nous instituons un traitement à la soluprotine et à la potion blanche.

La malade est améliorée au bout de la 4^e ou 5^e injection.

Après 18 injections, c'est-à-dire 7 semaines, la niche a disparu complètement. (Radiographies 5 et 6.)

OBSERVATION V

M. J..., 61 ans. Le début de l'histoire pathologique de ce malade remonte à 1903. A cette époque, il commença à souffrir de l'estomac par crises d'allure assez nettement ulcéreuse. Ces crises se reproduisirent quelques fois, puis disparurent par un traitement banal. En 1911, ce malade fit une sténose du pylore pour laquelle il subit une gastro-entérostomie. A partir de ce moment-là, il se porta parfaitement bien jusqu'en septembre 1938, à part un épisode indépendant de son affection gastrique, constitué par une crise de douleurs du type angor et qui se situait en 1924.

En septembre 1938, donc, les douleurs gastriques reprennent ; elles sont violentes, siègent sous l'hypocondre

droit, surviennent tous les 2 ou 3 jours. Ces douleurs ne s'accompagnent ni de nausées ni de vomissements. Une radiographie est pratiquée qui montre sur la portion verticale de la petite courbure une niche monstrueuse. Le radiologiste, sur le vu de la taille de cette niche et de sa localisation, conclut formellement à une lésion néoplasique, et adresse le malade au Professeur GOSSET pour une gastrectomie. Le Professeur GOSSET, connaissant le caractère bénin et curable de ces lésions, adresse le malade au Docteur GUTMANN qui, sur de nouveaux clichés, le 18 novembre 1938 constate la présence, à l'endroit précité, d'une niche énorme, de 3 cm. 5 de diamètre. Un traitement médical à la protéine intra-veineuse est institué, et le 14 janvier 1939, sur une nouvelle série de radios, on peut constater que la niche a disparu totalement ; les douleurs ont aussi cessé complètement.

Il faut noter, dans ce cas, que cette niche géante est survenue chez un gastro-entérostomisé.

Dans d'autres cas, la maladie est caractérisée par l'*intensité considérable des douleurs* ; celles-ci surviennent plusieurs heures après les repas, elles ont un caractère transfixiant ; elles obligent le malade à se plier en deux, lui arrachent des cris et nécessitent parfois l'emploi de la morphine, comme dans les deux observations que nous citons. Cette forme est moins rapidement curable que la précédente, et il est parfois difficile de persuader au malade d'accepter la continuation du traitement, alors qu'il réclame une opération qui, pense-t-il, le soulagerait plus rapidement. Le caractère térébrant de ces douleurs ne semble pas dû à l'atteinte du pancréas, car nous

avons vu un ulcère dont le fond était pancréatique se traduire par des douleurs faibles, mais plutôt à un englobement nerveux devenu plus ou moins dense. Les images radiologiques qui entourent la niche sont les mêmes que celles que l'on voit dans la forme subaiguë, mais tandis qu'alors elles ne traduisaient qu'une infiltration œdémateuse, elles sont dues ici à des densifications de tissu, et c'est pourquoi le traitement médical est moins rapidement actif.

OBSERVATION VI

60 ans. Souffre pour la première fois depuis 2 mois. Morphine. Énorme niche irrégulière de la partie verticale de la petite courbure. Traitement médical. Guérison.

En 1936, nous vîmes un homme d'une soixantaine d'années qui, depuis quelques semaines, s'était mis à souffrir brusquement de douleurs épigastriques. Leur caractère transfixif était d'une telle intensité qu'elles arrachaient des cris et que l'emploi quotidien d'injections multiples de morphine était devenu indispensable pour permettre au malade de les supporter. Une hématemèse survint. Les radios montraient sur la petite courbure, dans la moitié supérieure de sa partie verticale, une niche de 5 centimètres de long sur 2 centimètres de profondeur. L'état général était devenu extrêmement mauvais et le lait seul était, non même toléré, mais moins violemment douloureux que les autres aliments. Le siège de l'ulcère, la fatigue extrême du malade, son obésité, son état cardiaque antérieur, pour lequel son médecin le soignait depuis longtemps, n'étaient pas des conditions chirurgicales bien séduisantes. Nous décidâmes d'un traitement médical : nous fîmes d'ailleurs remarquer qu'il était très probable qu'il s'agissait d'une

première poussée ulcéreuse, que la niche diminuerait et même probablement disparaîtrait. Les pansements gastriques, les injections quotidiennes de protéine vinrent très rapidement à bout des douleurs ; une alimentation normale fut peu à peu reprise ; les injections de morphine furent cessées et nous eûmes le plaisir de revoir, depuis, ce malade ne souffrant plus du tout, et porteur de nouvelles radiographies sur lesquelles on constatait la disparition complète de la niche géante.

OBSERVATION VII

La malade est âgée de 63 ans. Dans ses antécédents, nous relevons, il y a 36 ans, une crise douloureuse gastrique qui aurait duré quelques mois et aurait été très violente. Depuis, plus rien. Elle vient consulter parce que, depuis un mois, elle a recommencé à souffrir de l'estomac. Ces douleurs sont extrêmement violentes, font la malade se plier en deux, transfixiantes, avec irradiations dans le dos, et pour les calmer la malade recourt à la morphine ; elles durent 1 heure, se terminent par des régurgitations d'eau, de salive, et aussitôt après la malade se sent soulagée.

Elle a depuis un an un dégoût pour la viande ; depuis cette époque aussi, elle a maigri de 7 kg. 500 et plus récemment elle a complètement perdu l'appétit. Une radiographie faite le 27 juillet 1936 montre sur la petite courbure une niche grosse comme une petite mandarine. On met la malade à la soluprotine ; à la 15^e injection, seulement les douleurs cessent complètement. De nouvelles radios faites le 19 août et le 19 octobre montrent la régression, puis la disparition totale de cette monstrueuse niche.

Quelquefois enfin, on rencontre une *forme atténuée*, dans laquelle les malades souffrent, de douleurs

sourdes tardives. On est frappé chez eux par une atteinte profonde de l'état général, un amaigrissement considérable, de l'anorexie, des hémorragies. L'aspect du malade n'oriente certes pas à première vue vers une lésion bénigne. Nous avons déjà cité un malade de Moutier qui avait maigri de 11 kilos en 6 semaines.

OBSERVATION VIII

50 ans. Douleurs atypiques depuis 6 mois, pâleur, amaigrissement. Énorme niche de la partie verticale de la petite courbure. Traitement médical. Guérison en un mois 1/2

M. T..., âgé de 50 ans, nous est adressé par son médecin. Pour la première fois de sa vie, ce malade se met à se plaindre de son tube digestif ; il souffre, mais peu et de façon intermittente. Ce qui attire surtout l'attention, c'est la fatigue, la pâleur et l'amaigrissement progressif ; l'appétit reste pourtant bon et le malade ne vomit pas. M. T..., suit divers traitements et finalement, alors que la maladie dure déjà depuis 6 mois, il va consulter son médecin, qui le fait radiographier, puis nous l'adresse.

Il existe en effet, sur la partie verticale de la petite courbure, une niche monstrueuse de la taille d'une mandarine, dont tout les caractères, joints à l'histoire clinique, orientent vers l'idée d'un gros cancer ulcéré. Or, sous l'influence du traitement médical, l'état général s'améliore, les troubles disparaissent ; de nouvelles radiographies, pratiquées de 15 jours en 15 jours, montrent la rapide diminution de la niche ; celles du 24 septembre (les premières étant du 2 août) prouvent qu'il ne reste plus qu'une petite pointe à l'endroit de l'ancienne niche ; en octobre enfin il ne reste plus rien. (Radiographie 7 et 8.)

OBSERVATION I

Cliché 1. 5 mai 1938.

Cliché 2. 12 novembre 1938.

OBSERVATION III

Cliché 3. 19 janvier 1938.

Cliché 4. Mai 1938

OBSERVATION IX

Cliché 5. 10 février 1939, image du « cancer en assiette » des auteurs Allemands.

Cliché 6. 17 mars 1939, après traitement médical.

OBSERVATION VIII

Cliché 7. 2 août 1937.

Cliché 8. 24 septembre 1937 La niche ne subsiste plus que sous forme d'une petite pointe.

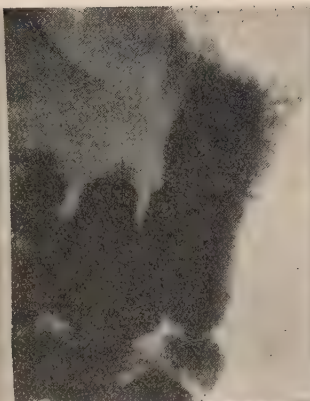
OBSERVATION IX

Cliché 9. 30 septembre 1938.

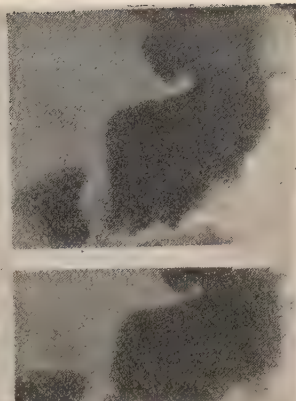
Cliché 10. 30 novembre 1938, il ne reste plus qu'une toute petite niche.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

OBSERVATION IX

Monsieur L..., 50 ans, a depuis six mois perdu peu à peu l'appétit, puis s'est mis à souffrir. Il s'agit de sensations douloureuses épigastriques à type tardif, surtout nocturnes, peu marquées et qui, dans ces derniers temps seulement « commencent à devenir pénibles ». Le malade a maigri considérablement, mais il ne sait pas de combien. Depuis deux mois pourtant, il s'est pesé, et pendant ce court laps de temps, il a perdu 8 kilogrammes.

Les radiographies, faites le 30 septembre 1938, montrent toute la petite courbure verticale occupée dans ses trois quarts environ, par une énorme niche de plusieurs centimètres de profondeur ; l'estomac, à son contact, a ses plis disparus ; l'aspect y est flou.

Le malade est couché, mis à un traitement comprenant pansements et protéinothérapie. Les douleurs se calment lentement.

Trois semaines après, le 27 octobre, de nouveaux clichés montrent la persistance de la niche ; elle a pourtant diminué un peu de profondeur et de hauteur ; l'estomac au contact de la niche est redevenu normal.

Dans ces conditions le malade étant d'ailleurs hostile à l'idée d'intervention, le traitement médical est continué.

L'état s'améliore peu à peu et des clichés du 30 novembre montrent maintenant une petite niche banale, couvrant une surface dix fois moins grande que la première fois.

La malade va de mieux en mieux. On peut d'ores et déjà affirmer que cette lésion est bénigne et va disparaître complètement. (Radiographies 9 et 10.)

QUE SE PASSE-T-IL QUAND ON OPÈRE ?

Certains de ces malades, porteurs d'un ulcère géant de la petite courbure, ont été traités chirurgicalement. Ils ont pu l'être dans deux circonstances : soit avec un diagnostic erroné de cancer, soit avec un diagnostic exact de lésion bénigne dont le médecin et le chirurgien jugèrent que le traitement devait être chirurgical. Si on leur fait une gastro-entérostomie, ils guérissent ; si on leur fait une gastrectomie, l'examen histologique montre le caractère bénin de l'énorme niche. Nous avons réuni l'observation de trois malades dont deux furent opérés avec un diagnostic exact, respectivement par gastro-entérostomie et par gastrectomie, l'autre avec un diagnostic erroné de cancer. Tous trois guérirent, mais nous avons la conviction qu'ils eussent guéri de même médicalement, en conservant l'intégrité fonctionnelle de leur estomac.

OBSERVATION X

Monsieur B..., 46 ans, se présente à la consultation à la Salpêtrière le 4 janvier 1932, parce qu'il souffre de l'estomac depuis la guerre.

Dans ces antécédents, on relève un éthylysme moyen.

Cet homme souffre de douleurs gastriques accompagnées de vomissements, par périodes de 15 jours à 3 semaines, avec des intervalles de un an ou deux. Il est calmé par les aliments jusqu'à ce que ne vienne le vomissement et ne souffre pas la nuit.

Actuellement il souffre depuis 3 semaines, et à peu près tout le temps, avec des vomissements le soir. A noter également qu'il a maigri.

En somme, on a l'impression d'un ulcus juxta-pylorique accompagné de phénomènes de sténose spasmodique. On lui fait un examen radiologique qui montre l'existence d'une grosse niche de la petite courbure et d'un bulbe très déformé.

Ne connaissant pas à cette époque le caractère bénin de ces ulcères, nous décidons l'intervention.

Le malade est opéré le 20 janvier. Le chirurgien trouve un ulcère de la petite courbure, situé près du cardia, et qui ne semble pas transformé. Il y en a un second au pylore, avec œdème. On fait une gastro-entérostomie¹ postérieure transversale. Le 27 janvier, le malade va bien.

De nouvelles radios effectuées au mois de mars montrent une bouche de gastro-entérostomie parfaite, fonctionnant très bien, et une disparition complète de l'énorme niche de la petite courbure. Le malade va très bien. (Radiographies 11 et 12).

OBSERVATION XI

M. P..., 35 ans, se présente à la consultation de la Salpêtrière le 21 juin 1938. Il y a 4 ans, il a eu une période de douleurs qui a duré 3 mois. Pendant ce temps, il a souffert tous les jours, 2 heures après les repas, de douleurs à siège épigastrique avec des irradiations dans le thorax. Puis il a été bien jusqu'à il y a 8 mois, date à laquelle il a recommencé

à souffrir ; depuis cette époque, il ressent chaque jour des douleurs épigastriques qui surviennent plusieurs heures après le repas, et le réveillent la nuit, qui irradient dans le dos et dans le thorax. Ces douleurs sont calmées par les repas. Bien qu'il ait conservé un bon appétit, le malade a maigri de 7 kilos. Il aurait, dit-il, consulté ailleurs, et on lui aurait trouvé un ulcère qui aurait actuellement disparu.

Sur les clichés que nous faisons le 22 juin 1938, on trouve une grosse niche suspecte de la petite courbure, dont elle occupe la portion verticale sur tout son tiers moyen. Le malade entre en observation à la Salpêtrière, où on lui fait un traitement à la soluprotine. De nouvelles radios faites le 8 juillet montrent la non-disparition de la niche. Un peu prématurément, semble-t-il, car le test thérapeutique n'a pas été assez long, on fait pratiquer une gastrectomie. La pièce examinée histologiquement montre un ulcère bénin. Nous reproduisons la photographie de cette pièce. (Radiographies 13 et 14. Photographie 15.)

OBSERVATION XII

Malade de 70 ans. Venu à la consultation à la Salpêtrière le 23 novembre 1931, déclare avoir commencé il y a deux mois par avoir des coliques et de la diarrhée (3 ou 4 selles par jour). Depuis un mois, il souffre de l'estomac, trois ou quatre heures après les repas, et est réveillé la nuit par ces mêmes douleurs, mais depuis le même temps sa diarrhée a cessé. Il a actuellement de fausses envies d'aller à la selle et quelquefois du sang dans les selles. On lui donne des lavements. De plus, il a maigri de 3 ou 5 kilos en 2 mois, et perdu complètement l'appétit. Tandis que l'examen clinique est négatif, le malade montre une radio qu'il s'est fait faire en ville le 12 novembre et qui indique sur la portion verti-

cale de la petite courbure l'existence d'une niche de la grosseur d'une noisette.

Huit jours après, le malade s'est aperçu qu'il venait de perdre l'envie de fumer. Un nouvel examen radiologique nous montre la petite niche aperçue quinze jours auparavant, devenue alors de la grosseur d'une mandarine. L'examen du suc gastrique montrait de l'achlorhydrie. Ignorant à ce moment-là le caractère bénin de ces ulcères, nous fîmes opérer le malade avec le diagnostic de « cancer de la petite courbure avec infiltration » ; le chirurgien tomba sur ce qu'il crut être un « énorme cancer inextirpable » et il se contenta d'une gastro-entérostomie. C'était le 15 décembre 1931.

Or, depuis ce temps-là, à différentes reprises, le malade est revenu nous voir. Au mois d'avril 1932, il avait grossi progressivement. Jusqu'à maintenant, tandis qu'il est âgé de 78 ans, il déclare se porter très bien et a très bonne mine. Son estomac est redevenu absolument normal. Le malade est guéri complètement.

De cette observation, nous pouvons tirer une autre considération intéressante, à laquelle nous avons déjà fait allusion, relative au temps que met à se constituer une lésion si importante.

MATHIEU et MOUTIER avaient écrit en 1919 : « Les malades sont d'un certain âge ; cela se conçoit aisément étant donné la lenteur de la progression excentrique du processus ulcératif. » Nous croyons pouvoir affirmer au contraire que l'évolution de ces ulcères n'est pas très longue. En effet, lorsque ce malade se présente à la consultation de la Salpêtrière, le 23 novembre 1931, il nous montre des radiographies

faites en ville le 12, qui montrent sur la petite courbure l'existence d'une niche grosse comme une noisette ; sur les clichés que nous lui faisons faire quinze jours après les premiers, la niche a la taille d'une mandarine.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

De ces quelques cas, il ne faudrait pas conclure que, quand on se trouve en présence d'une niche géante de la portion verticale de la petite courbure, on soit autorisé à porter le diagnostic d'ulcère bénin dès le premier jour. Toute lésion gastrique exige un examen approfondi qui devra discriminer entre le cancer primitif, l'ulcère transformé et l'ulcère bénin.

La seule forme de cancer primitif dont le diagnostic se pose avec l'ulcère géant est le cancer ulcéroforme. Dans la règle, un cancer n'atteint pas une taille aussi considérable en peu de temps, et il s'agit en général dans ces cas d'un stade tardif de la maladie. L'histoire clinique du cancer ulcéroforme revêt toutes les modalités possibles : depuis l'histoire ulcéreuse typique jusqu'aux formes continues d'emblée, en passant par tous les intermédiaires. Le cas que nous rapportons n'est pas rare : c'est celui d'un homme qui, quand il vint consulter, souffrait depuis 2 mois de douleurs à type ulcéreux, en somme une première poussée qui se prolonge. La clinique ne peut donc éclairer le diagnostic car, on le voit, l'affection peut rester longtemps latente. L'aspect de la niche, l'as-

pect même des images qui l'entourent n'ont pas de valeur. La discrimination entre la lésion bénigne et la lésion maligne ne peut être faite qu'après épreuve de traitement. Si la niche persiste au bout de quelques semaines telle qu'on l'a vue la première fois, sans changement de forme ni de dimensions, quelle que soit l'amélioration clinique obtenue, il faut reprendre la ligne de conduite de PECO et FERREIRA et pratiquer la résection.

On ne peut porter le diagnostic de lésion ulcéreuse bénigne que quand on obtient par le traitement médical une amélioration parallèle des signes cliniques et radiologiques.

Quant à l'ulcère transformé, cette question ne se pose pas dans la zone de la portion verticale de la petite courbure de l'estomac. Nous n'avons jamais vu nous-même d'ulcère dégénéré dans cette portion de l'estomac, et nous n'avons non plus jamais rencontré dans la littérature d'observation probante à ce sujet. C'est là une notion très importante qu'on ne saurait trop souligner, car sa connaissance permet de porter un pronostic non seulement immédiat, mais lointain.

OBSERVATION XIII

Lésion extrêmement suspecte. — Persistance clinique et radiologique malgré le traitement. — Persistance des douleurs et de la niche. — Cancer ulcérimforme ; passage aux images lacunaires typiques.

(Septembre 1930). Malade de 43 ans, souffrant depuis

2 mois. Grosse niche du bas de la portion verticale de la petite courbure. — Traitement médical.

(Décembre 1930). Le malade a continué à souffrir. Les nouveaux clichés montrent que la niche a augmenté ; il existe à sa base d'implantation quelques aspects légèrement lacunaires.

Malgré ces divers caractères, les médecins traitant et consultant continuent le traitement médical, avec le diagnostic d'ulcère. Après 5 mois enfin, sans nouveau contrôle radiologique, le malade continuant à souffrir, ils décident d'intervenir (avril 1931).

On fait une gastro-entérostomie.

Six mois après l'opération (octobre 1931) le malade continuant à souffrir, nouvelle radiographie. La niche a doublé de volume. Dépression plate au-dessous de la niche. On continue le traitement médical.

Les douleurs deviennent de plus en plus nettes, l'état général de pire en pire. En avril 1932, nouveau clichés. La niche commence à disparaître dans des aspects lacunaires situés au-dessus et au-dessous d'elle (mai 1932). Toute la partie touchée est envahie par une large lacune. (Radiographies 16 et 17.)

LÉSION MINIME DE LA PORTION HORIZONTALE

En dehors de ces cas très rares de cancer primitif ulcériforme de la portion verticale de la petite courbure, nous avons constaté, tant par les malades vus en consultation à la Salpêtrière que par une revue de la littérature à ce sujet, que tous les petits cancers ulcériformes sont situés sur la portion horizontale de la petite courbure. Ils sont représentés par des niches de dimensions variables, mais en général petites, d'aspect ulcéreux banal, d'ordinaire, qui ne sont pas plus souvent que les niches de l'autre portion entourées d'images raides ou de plages claires, et qui sont même souvent moins impressionnantes par leur taille et leur aspect. Au point de vue clinique, ces cancers peuvent revêtir une symptomatologie très variable, allant de l'allure ulcéreuse typique aux formes à évolution continue d'emblée, en passant par tous les intermédiaires. L'état général est, au stade initial de la maladie, le plus souvent intact, mais il arrive parfois qu'il soit très altéré avant que le malade ait commencé de souffrir.

Ici encore, comme pour le cancer primitif de la portion verticale, le meilleur élément de diagnostic, et en réalité le seul certain, est l'épreuve du traite-

ment. Mais il y a un danger à éviter, qui consiste à se contenter d'une simple amélioration fonctionnelle et à rassurer le malade, quand elle est obtenue sans faire pratiquer un examen radiologique de contrôle. Il faut savoir que la thérapeutique médicale peut, au stade initial de la maladie, faire régresser tous les symptômes fonctionnels dus à une affection cancéreuse : Les douleurs cessent, l'appétit et le poids reviennent. Il faut penser aussi à l'existence des formes qui présentent des rémissions spontanées plus ou moins longues, durant quelquefois plusieurs mois. En pratique donc, après le test thérapeutique, quelle que soit l'amélioration clinique obtenue, il faut faire faire de nouvelles radiographies sur lesquelles seules on pourra juger. Si la niche n'a pas diminué, à plus forte raison si elle a augmenté ou si les régions voisines sur la petite courbure sont devenues raides ou lacunaires, il faut sans hésiter porter le diagnostic de cancer et faire faire une gastrectomie.

Par opposition aux formes précédentes, à lésions radiologiques énormes, nous citons l'observation d'un homme qui comportait une double cause d'erreur : histoire clinique ulcéreuse, amélioration clinique par le traitement ; radiologiquement, présence d'une toute petite niche d'aspect banal, mais augmentation de cette niche en dépit du traitement. D'un côté, nous voyons ces niches géantes : ce sont des ulcères bénins ; et cette lésion minime : c'est un cancer.

OBSERVATION XIV

Mr V..., 25 ans, vient consulter parce que, depuis 2 semaines, il souffre de douleurs ulcéreuses typiques. La radio montre une niche toute petite prépylorique. Un traitement banal est institué qui guérit le malade en quelques jours. Bien portant pendant 7 mois, à ce moment il recommence encore à souffrir ; les radios montrent la niche doublée de volume. Un traitement médical améliore le malade, mais de nouvelles radios dans les mois qui suivent montrent que la niche augmente constamment de volume. On conseille au malade l'intervention mais, se sentant bien portant, il hésite plusieurs mois. Il s'y résout enfin, un an après l'apparition des premiers troubles. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire typique à son extrême début. Le malade va actuellement très bien.

Nous ne reproduisons qu'une seule radio de ce malade, les autres ayant été publiées autre part. (Radiographie 18.)

OBSERVATION X

Cliché 11. 8 janvier 1932.

Cliché 12. 7 mars 1932.

OBSERVATION XI

Cliché 13. début juin 1938.

Cliché 14. 22 juin 1938, la niche n'a pas disparu.

Cliché 15. Cet ulcère enlevé par gastrectomie et dont l'examen histologique montra le caractère bénin.

OBSERVATION XIII

Cliché 16. Énorme niche de la portion verticale.

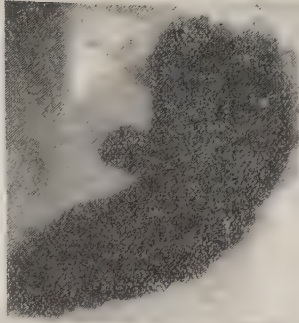
Cliché 17. 2 ans plus tard le caractère malin de cette lésion s'est manifesté par la disparition de la niche dans des images lacunaires, malgré le traitement médical.

OBSERVATION XIV

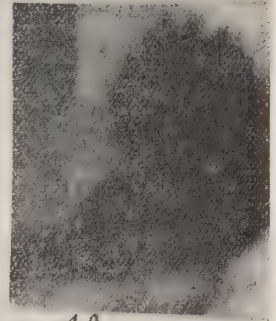
Cliché 18. Mars 1935, ce cliché, pris lors de la première poussée douloureuse montre une toute petite niche de la portion horizontale. Malgré le traitement, cette niche ne disparut pas, et même se creusa un peu. La pièce examinée au microscope après gastrectomie montra qu'il s'agissait d'un cancer primitif ulcéroforme.



10



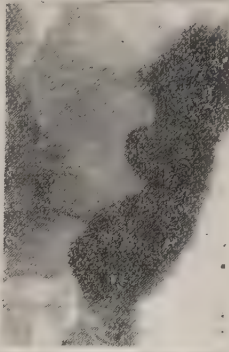
11



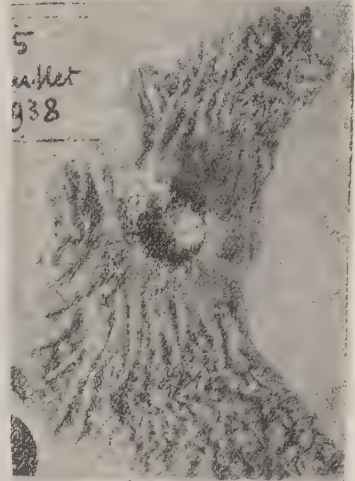
12



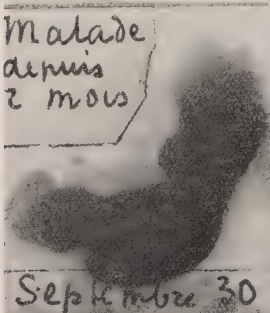
13



14

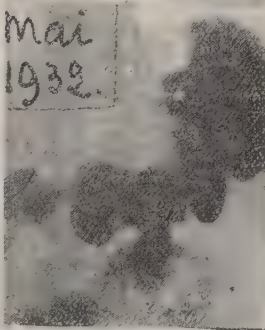


15

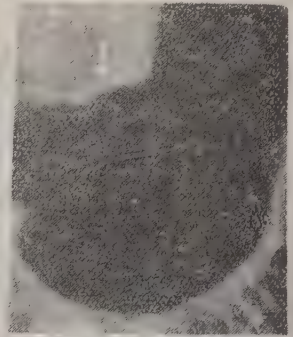


Septembre 30

16



17



18

TRAITEMENT

La thérapeutique médicale des lésions gastriques, dans tous les cas, au stade initial de ces maladies, a un but qui est à la fois diagnostique et curatif. Nous avons indiqué au début de ce travail quel devait être le point de mire du médecin vis-à-vis respectivement d'une lésion de la portion horizontale et d'une lésion de la portion verticale de la petite courbure. Il s'agit dans le premier cas de faire la preuve de la bénignité de la lésion ; dans le second cas, de faire la preuve de sa malignité. La ligne de conduite est la même pour prouver ces deux postulats qui, opposés en apparence, ne sont en réalité séparés que par une différence de signe.

Pour résumer le test que nous employons, disons en commençant que nous nous en tenons à la protéinothérapie intraveineuse. Nous utilisons une protéine végétale spécialisée du commerce, à doses croissantes, de 1/4 centimètre cube à 2 centimètres cubes, exceptionnellement plus, à moins que le sujet soit d'un poids plus élevé que la normale. On dilue la dose dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique ou de sérum hyposulfité à 2 pour 10, et on injecte très len-

tement. A cette condition seule, la tolérance est parfaite. Il est indispensable quelquefois que le sujet se couche 1/2 heure après l'injection, et dans tous les cas, il vaut mieux ne pas pratiquer celle-ci trop près des repas. Les réactions sont rares ; quelquefois, à la première injection, il y a une recrudescence passagère des douleurs ulcéreuses ; rarement, il y a un choc atténué, que traduisent fatigues, douleurs lombaires, légère élévation de température et qui jamais ne dure plus d'un jour. Nous n'avons jamais observé d'accident sérieux. On répète ces injections 3 fois par semaine pendant les deux premières semaines, parfois pendant les trois premières ; ensuite, on ne les fait plus que deux fois par semaine. Le traitement comprend en moyenne de 12 à 18 injections.

La protéinothérapie comporte quelques contre-indications : tuberculose pulmonaire, néphrites chroniques, cardiopathies décompensées, angine de poitrine, hypertension. Dans les cas où on ne peut l'appliquer, il faut recourir au reste du traitement, que l'on ordonne toujours, mais qui est bien moins actif à lui seul. Il consiste en :

1^o Bismuth, belladone ; prendre avant chaque repas une cuillerée à café de sous-nitrate de bismuth avec 10 gouttes de teinture de belladone ;

2^o Vitamine A. Nous l'administrons par voie rectale. Les jours où on a reçu une injection ou, si on n'en reçoit pas, les jours où on devrait en recevoir une, prendre le soir un suppositoire ;

3^o Régime. Nous ne pensons pas que le régime lacté soit nécessaire, sauf dans les cas très rares où l'alimentation fait naître des crises douloureuses très violentes. Nous appliquons le régime général des ulcéreux : œufs à la coque, viandes grillées, poissons non gras, volaille blanche, légumes tendres à l'eau, entremets légers, beurre, fromages maigres, fruits cuits, miel, confiture si tolérée, pain grillé ou biscottes, eau, café sans caféine, lait, beurre non cuit, fruits frais ou jus de fruits. 2 ou 3 cigarettes peuvent être fumées après les repas, mais jamais à jeun.

Pendant toute la durée de cette épreuve, le malade doit se garder d'une activité trop intense ; nous ne pensons pas qu'il soit utile de le contraindre au repos au lit.

Un tel test thérapeutique, ainsi conçu et exécuté, conduit à un test de guérison que l'on doit juger à un double point de vue : clinique et radiologique. Nous l'avons déjà dit, mais on ne saurait trop répéter, il ne faut pas se contenter d'une disparition ou d'une amélioration des signes fonctionnels, car cela peut se voir au cours d'un processus cancéreux. Il faut, pour pouvoir dire au malade qu'il est guéri, qu'à la disparition des signes fonctionnels s'ajoute un nettoyage radiologique que seules empêchent d'être parfait les raideurs cicatricielles au prix desquelles, parfois, guérissent ces lésions si profondes.

Nous avons vu par les quelques observations citées, qu'en dehors des très rares cas de cancer primitif ulcériforme de la portion verticale de la petite cour-

bure, les lésions de cette partie de l'estomac sont bénignes, qu'on peut porter sur leur avenir un pronostic très favorable, et immédiatement favorable, car elles sont très sensibles à la protéinothérapie intraveineuse. Au bout de quelques semaines de ce traitement, le tableau clinique, parfois impressionnant, s'atténue, puis s'efface parallèlement aux signes radiologiques. Obtenue rapidement, la guérison de ces ulcères géants de la portion verticale de la petite courbure l'est aussi définitivement. Nous n'en avons en effet jamais vu chez tous les malades que nous avons suivis qui ait dégénéré ; nous n'avons non plus jamais rencontré dans la littérature d'observation probante.

Il en va tout autrement d'une lésion de la portion horizontale de la petite courbure. Outre que le plus souvent, après le test thérapeutique, on voit les lésions radiologiques persister ou même s'accroître, s'il s'est agi d'une lésion qui a guéri médicalement, on peut craindre pour l'avenir sa dégénérescence que nous avons souvent observée nous-même et dont nous avons trouvé de nombreux cas dans la littérature.

Il y a une très nette opposition de pronostic à porter sur deux lésions d'évolution clinique semblable, d'aspect radiologique semblable, mais situées l'une sur la portion horizontale, l'autre sur la portion verticale de la petite courbure. Il faut toujours faire une épreuve de traitement ; mais tandis que, dans le premier cas, on redoutera de ne pas obtenir d'amé-

lioration et, même si on l'obtient, on redoutera une dégénérescence ultérieure, dans le second cas, on aura la quasi certitude de voir la lésion régresser, et on pourra affirmer au malade que cette lésion est et restera bénigne.

Nous devons dire que ces notions qui nous paraissent importantes n'ont pas été jusqu'ici mises en valeur par tous les auteurs. En 1936, MOUTIER écrivait « Ces grands ulcères ne présentent pas de tendance spontanée à la guérison. Il est aisé de le comprendre. Nous en avons vu cependant se cicatriser, sous l'influence des traitements appropriés, qui présentaient 3 et 4 centimètres de diamètre. » En 1937, BOCCA et RICO disent que le seul traitement est la gastrectomie. Plus récemment encore, en avril 1939, SAVY, VACHON et ROMAGNY croient le traitement médical « susceptible d'apporter chez ces malades une amélioration importante et même une guérison apparente », mais concluent tout de même en disant qu'il leur « paraît devoir être réservé aux cas où, du fait de l'âge du malade ou de l'insuffisance de sa résistance générale, on hésite à recourir à une intervention chirurgicale ».

Nous avons cité des cas de malades guéris depuis plusieurs années, le cas d'un malade traité malgré une insuffisance aortique. Nous pensons que ces faits démontrent que l'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure est une lésion rapidement curable par le traitement médical, que la possibilité de rechutes ultérieures, d'ailleurs rares, n'a d'intérêt

que parce qu'elle nécessite, come dans tous les ulcères, la continuation du traitement.

Depuis que nous avons individualisé cette entité nosologique, nous n'avons pas fait opérer de tels malades et nous estimons que cette conduite doit être poursuivie dans ces cas.

CONCLUSIONS

Nous avons tenté d'individualiser un type bien défini d'ulcère de l'estomac. Pour cela, prenant comme point de départ l'anatomie et l'histologie, nous avons établi :

A. — Qu'il existe dans l'estomac, au double point de vue macroscopique et microscopique, deux grandes régions principales :

1^o La région verticale, constituée par la zone de transition entre le fundus moyen et la poche à air, qui secrète l'HCl et la pepsine et joue le rôle actif dans la digestion ;

2^o La région horizontale, ou antrum pylorique, dont la sécrétion est alcaline et qui n'a pas de rôle dans le chimisme de la digestion.

B. — Que cette distinction est confirmée par la pathologie. A ce point de vue, considérant simplement la petite courbure, région d'élection pour les ulcères et les cancers, on peut la diviser en :

1^o Une région verticale, où le cancer primitif ulcérimforme est très rare, où l'ulcère est fréquent et ne se transforme jamais ;

2^o Une région horizontale où le cancer est fréquent, l'ulcère plus rare et où la transformation est fréquente.

C. — A l'appui de ces affirmations, nous décrivons l'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure, dont les caractères sont les suivants :

1^o Il revêt une allure clinique souvent inquiétante : douleurs très vives, hémorragies fréquentes, anorexie, état général profondément altéré ;

2^o Radiologiquement, il se traduit par une énorme niche qui siège sur la portion verticale de la petite courbure, qui peut être irrégulière, entourée d'images raides et de plages claires ;

3^o Cet ulcère est très sensible à la protéinothérapie intra-veineuse ; en quelques semaines, les signes fonctionnels disparaissent peu à peu parallèlement aux signes radiologiques ;

4^o La guérison obtenue si rapidement laisse tous les espoirs pour l'avenir du malade, car en pratique il n'existe pas sur cette région de dégénérescence des lésions ulcéreuses ;

5^o Cet ulcère de la partie verticale de la petite courbure, radiologiquement énorme, cliniquement

d'allure inquiétante, doit s'opposer au cancer ulcé-
riforme de la partie horizontale, radiologiquement
petit au début et paraissant cliniquement bénin ;

6° De ce double point de vue, les notions actuelle-
ment classiques doivent être entièrement revues.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de la Thèse,*
GOSSET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRENCKMANN. — Contribution à l'étude de l'histophysiologie de la muqueuse gastrique en rapport avec l'élimination d'HCl. — *Thèse Strasbourg*, 1930.
- Contribution à l'étude de la topographie des régions élaboratrices d'HCl dans l'estomac. — *Archives des maladies de l'Appareil digestif*, novembre 1929.
- BRENCKMANN et DELOYERS. — Étude de la topographie des régions élaboratrices d'HCl dans l'estomac. — *Compte-rendu de la Société de Biologie de Strasbourg* du 12 juillet 1929. — *Presse Médicale*, du 21 août 1929.
- BRENCKMANN et WHITE. — Contribution à l'étude macro et microscopique de la muqueuse gastrique suivant la topographie physiologique se rapportant à l'élimination d'HCl. — *Compte-rendu de la Société de Biologie de Strasbourg* du 15 novembre 1929.
- Effets de l'histamine sur la topographie des zones élaboratrices d'HCl de la muqueuse fundique chez l'animal adulte, jeune et nouveau né. Cas de l'embryon à terme. Influence de l'acte opératoire localisé à l'estomac sur la localisation de l'HCl. — *Compte-rendu de la Société de Biologie de Strasbourg* du 15 novembre 1929.
- DELOYERS (L.). — Rappel de quelques notions intéressant les fonctions peptique et chlorhydrique de l'estomac. — *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} juin 1929.
- DELOYERS et JOHNSON. — Recherche sur la topographie des régions élaboratrices d'HCl dans l'estomac. — *Presse Médicale*, 6 juillet 1929.
- DELOYERS et JOHNSON. — Méthode nouvelle pour définir la

- topographie des régions élaboratrices d'HCl dans l'estomac. — Compte-rendu de la Société de Biologie de Bruxelles du 28 septembre 1929.
- IVY et IUTAKA OYAMA. — Studies on the secretion of the pars Pylorica gastrici. — *American Journal of Physiology*, 1931, n° 57, page 51.
- POLICARD. — Précis d'Hystologie physiologique.
- PAWLOW. — Le travail des glandes digestives. Paris, Masson, 1901.
- BEYLOT-BAUDRIMONT. — Histologie.
- PRENANT-BOUIN. — Histologie.
- CHAMPY. — Histologie.
- CUNÉO. — Les lymphatiques de l'estomac. *Thèse, Paris* 1900.
- ROUVIÈRE. — Anatomie topographique.
- ROUVIÈRE. — Anatomie du système lymphatique.
- GUTMANN (R.-A.). — BERTRAND (I.) PERISTIANY (J.-Th.). — Le cancer de l'estomac au début.
- GUTMANN (R.-A.). — L'ulcère géant de la petite courbure. — *Les feuillets du Praticien*, décembre 1938.
- GUTMANN (R.-A.). — La niche géante de la petite courbure. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 janvier 1929.
- BOCCA (Claude R.) et RICO (Marcel). — Ulcère géant de la petite courbure de l'estomac. — *Les Cahiers de Gastro-entérologie*, juin 1937.
- PECO (Gabriel) et PERREIRA (Francisco L.). — Ulcera gigante de l'estomago. — *La Semana medica*, octobre 1935.
- MATHIEU et MOUTIER. — L'ulcus géant de l'estomac. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, octobre 1919.
- MOUTIER. — Étude gastrosopique de l'ulcère géant de la petite courbure. — *Le Documentaire médical*, avril 1936.
- SAVY (P.), VACHON (A.) et ROMAGNY (G.). — Les ulcères géants de la petite courbure. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1939.

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 14-6-1939.

